Notitie Preventieve ouderengezondheidszorg Zandvoort

1. Inleiding

De aandacht voor het onderwerp preventie en ouderen staat landelijk sterk in de belangstelling. Niet verwonderlijk omdat de levensverwachting van mannen en vrouwen toeneemt en daarmee ook de groep ouderen van 65 jaar en ouder.
Met het stijgen van de leeftijd, groeit het aantal mensen met ziekten en beperkingen, bijvoorbeeld als gevolg van hart- en vaatziekten of van dementie. Daarnaast heeft een ongezonde leefstijl (te weinig beweging, roken, overmatig alcoholgebruik) een negatieve invloed op de gezondheid.

Meedoen en participatie zijn belangrijke begrippen binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning. Het overheidsbeleid is er op gericht om ouderen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen. In de Visie Wonen, welzijn en zorg (april 2009) geeft Zandvoort aan op welke wijze de gemeente en haar samenwerkingspartners anticiperen op ontwikkelingen zoals de vergrijzing en de vermaatschappelijking van de zorg.
Andere actuele ontwikkelingen waarin de gemeente een rol heeft, zijn de versterking van de afstemming tussen de gemeente en eerstelijnszorg op lokaal niveau en de uitvoering van de preventieve ouderengezondheidszorg. Over dit laatste onderwerp is per 1 juli jl. artikel 5a in de Wet publieke gezondheid[1] van kracht geworden. Naar aanleiding daarvan wordt in deze notitie ingegaan op de preventieve ouderengezondheidszorg in Zandvoort en op welke wijze de gemeente daaraan uitvoering geeft.

2. Wet publieke gezondheid en preventieve ouderenzorg

Hoewel in december 2008 de preventieve ouderengezondheidszorg als artikel 5a in de Wet publieke gezondheid is opgenomen, is deze pas op 1 juli 2010 in werking getreden. Eerder waren reikwijdte over de uitvoering en financiën niet duidelijk.
In de brief van 10 mei 2010 (zie bijlage) geeft minister Klink de uitwerking op dit artikel. De gemeenten hebben primair de verantwoordelijkheid voor de uitvoering. Gemeenten hebben ook een grote beleidsvrijheid bij de invulling, waarbij zij zich baseren zich op de lokale behoefte van ouderen en rekening houden met beschikbare voorzieningen. De rol van de gemeente richt zich vooral op het verbinden en faciliteren van lokale initiatieven.
Voor de uitvoering van artikel 5a stelt het Rijk geen middelen beschikbaar, maar gaat uit van bestaande financieringsstromen (Wet maatschappelijke ondersteuning, Wet publieke gezondheid, Algemene wet bijzondere ziektekosten en Zorgverzekeringswet).

3. Wat is ouderengezondheidszorg?

In artikel 5a zijn vijf taken geformuleerd als het gaat om publieke gezondheidszorg voor personen boven de 65 jaar:

- het systematisch volgen en signaleren van de gezondheid van ouderen en gezondheidsbevorderende factoren en - bedreigende factoren;
- het ramen van de behoeften aan zorg;
- vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen als comorbiditeit[2];
- het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
- het formuleren van maatregelen om gezondheidsbedreigingen te beïnvloeden.

De rol van de gemeente is met name gelegen in de laatste taak: het formuleren van maatregelen om gezondheidsbedreigingen te beïnvloeden.

---

[1] Nieuw artikel in de Wet publieke gezondheid. De WPG vervangt de Wet collectieve preventieve volksgezondheid, de Quarantainewet en de Infectieziektewet.
[2] Comorbiditeit is het hebben van meerdere ziektes tegelijk.

4. Uitvoering preventieve ouderengezondheidszorg Zandvoort

In het voorjaar van 2009 organiseerde de gemeente Zandvoort een eerste bespreking over de preventieve ouderengezondheidszorg in het eerstelijns overleg. Besproken zijn de actuele problematiek van Zandvoortse ouderen[3], signalen en ervaringen van de aanwezigen en ervaringen elders in het land opgedaan. Zo voeren verschillende gemeenten in Nederland proefprojecten uit met consultatiebureaus[4] voor ouderen. Voor het inrichten van een consultatiebureau bleek onder de aanwezigen geen draagvlak te zijn. Men acht Zandvoort wat schaalgrootte betreft te klein, het is onduidelijk wat de investeringen zijn en wat het oplevert. Het is evenmin bekend of ouderen daaraan behoefte hebben (is niet nagevraagd in het GGD onderzoek).

De conclusie van die bijeenkomst was dat het belangrijk is om de consultatiefunctie op te pakken, te beginnen met het versterken van de signalering en toeleiding door professionals (onder andere huisartsen, paramedici, praktijkondersteuners, ouderenadviseurs).
Het is belangrijk te investeren in het gebruik van lokale krachten, dus datgene wat beschikbaar is aan voorzieningen en activiteiten, de kennis en kunde van professionals beter te benutten en meer met elkaar te verbinden.

De rol van de gemeente binnen de preventieve ouderengezondheidszorg is vooral gericht op het verbinden en faciliteren van lokale initiatieven. Om dat traject goed in te zetten en ook aan te sturen is het van belang kennis en informatie te hebben over:

- de doelgroep ouderen: hoe ziet die groep eruit en met welke gezondheidsproblemen hebben zij te maken;
- de beschikbare lokale voorzieningen: wat is daarvan de effectiviteit, zijn extra interventies nodig;
- de aansluiting van het aanbod op de vraag: wordt voldoende vraaggericht gewerkt, waar zitten hiaten en in het verlengde daarvan zicht krijgen op de toekomstige zorgvraag en het zorgaanbod;
- de huidige overlegstructuren en netwerken: hoe functioneren die en op welke wijze kunnen die worden versterkt.

4.1 Informatie over de doelgroep ouderen

Ouderen zijn niet onder een noemer te vangen. Bij ouderen is leeftijd van belang, maar ook inkomens- en opleidingsniveau, sociaal economische status (SES) en woonsituatie. Daarnaast speelt mee of ouderen een gezonde leefstijl hebben.
Differentiatie in de doelgroep ouderen is nodig omdat de 65-75 jarigen relatief gezonder zijn en ook actiever dan de 75-plussers. Als het gaat om ziekten is de regel: hoe ouder, hoe vaker en hoe meer aandoeningen. Tegelijkertijd hebben mensen met een hogere opleiding en een beter inkomen een betere gezondheid. Zij brengen meer jaren in gezondheid door.
Op 1 januari 2008 woonden in Zandvoort 3.316 personen van 65 jaar en ouder (20%). Van die groep behoort 10% tot de 75-plussers en 3% is 85 jaar en ouder (CBS Statline 2008).
Van de groep ouderen is bijna 70% laag opgeleid en 20% heeft alleen AOW.

- Gezondheid

Wat betreft hun gezondheid lopen Zandvoortse ouderen in het algemeen niet uit de pas met Nederlandse ouderen.[5] De meest voorkomende aandoeningen zijn gewrichtsslijtage en hoge bloeddruk. Vijfentachtig procent heeft één chronische aandoening, 26% heeft er meer dan drie. Het grootste deel van de ouderen ervaart hierdoor belemmeringen en dat bepaalt ook hoe zij hun gezondheid ervaren.

[3] Epidemiologisch onderzoek onder zelfstandig wonende ouderen (incl. wonend in aangepaste woonvormen) naar gezondheid en welbevinden (Gezondheidsenquête ouderen, GGD Kennemerland, 2008).
[4] Consultatiebureau voor ouderen waar zij terecht kunnen voor hun behoeften aan zorg en advies, leefstijladviezen en soms ook preventief lichamelijk onderzoek.
[5] Factsheet De gezondheid van ouderen in Nederland, RIVM 2010.

Waarmee rekening gehouden moet worden is de toename van het aantal ouderen. Zandvoort heeft al percentueel meer ouderen dan landelijk. In 2030 behoort 25% van de inwoners tot de groep ouderen, bestaande uit 2 keer zoveel 80-plussers als nu.
Als gevolg van de vergrijzing zal de ziekte dementie vaker voorkomen, naar verwachting neemt deze de komende 20 jaar toe met 45%.
Mede als gevolg van de vergrijzing doet de samenleving een steeds groter beroep op mantelzorgers. Belangrijk daarbij is aandacht voor de oudere mantelzorger en het voorkomen van overbelasting. In Zandvoort geeft op dit moment bijna een vijfde van de ouderen mantelzorg.

- Leefstijl
Hoewel ziekte en aandoeningen bij ouderen veel voorkomen is er op het gebied van leefstijl bij ouderen zeker winst te boeken. Veel Zandvoortse ouderen bewegen te weinig en meer dan de helft heeft overgewicht. Landelijke trends zoals eenzaamheid en overmatig drankgebruik komen ook voor onder de ouderen in Zandvoort.

- Risicogroepen en speerpunten
Risicogroepen worden met het huidige beleid en activiteiten niet goed bereikt. Risicogroepen zijn bijvoorbeeld ouderen die in armoede leven, dementerenden en eenzame ouderen. Het benoemen van specifieke groepen is nodig omdat bepaalde problemen om een specifieke aanpak vragen.
Niet alleen risicogroepen, maar ook het benoemen van gezondheidsproblemen zijn voor beleid belangrijk. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport komt eind 2010 met de nieuwe preventienota waarin landelijke speerpunten voor ouderen zijn benoemd.

- Het onderzoeksrapport van de GGD Kennemerland biedt voldoende informatie over de gezondheid en problemen waar ouderen mee te maken hebben. De gegevens uit dit rapport en de landelijke preventienota worden gebruikt voor aanscherping van het beleid (prioriteitstelling), de uitvoering van specifieke activiteiten voor specifieke groepen ouderen en het verbeteren van bestaande voorzieningen.

4.2 Voorzieningenaanbod op lokaal niveau

Zandvoort heeft tal van voorzieningen met een brede scoop van ondersteuning.
Daarbij gaat het om voorzieningen gericht op ondersteuning voor zelfstandig wonen, dagbesteding, sociale activering en maatschappelijke participatie en voorzieningen die bijdragen aan zelfredzaamheid en gezonde leefstijl.
Het voorzieningenaanbod wordt door verschillende organisaties uitgevoerd. Zo regelt Loket Zandvoort de aanvragen voor huishoudelijke hulp, hulpmiddelen en vervoer. Organisaties zoals Pluspunt, het Sportloket, de Thuiszorg en de ouderenbond zijn betrokken bij de uitvoering van verschillende activiteiten. Voorbeelden van bestaande voorzieningen zijn de Koffie-in, OOK Samen, Cinema Nostalgie, Meer bewegen voor ouderen en de Belbus.

- Overzicht voorzieningen
Zandvoort beschikt op dit moment niet over een compleet overzicht van alle aanwezige voorzieningen. Het is evenmin duidelijk in welke mate de voorzieningen voldoende samenhang vertonen, effectief zijn, risicogroepen bereiken en bijdragen aan de gemeentelijke doelstellingen. Overigens is deze situatie niet des Zandvoorts, maar doet zich ook in andere gemeenten voor.[6]

[6] Rapport Zorg voor morgen, Vilans 2009. Een onderzoek naar beschikbare lokale voorzieningen voor ouderen.

- Er dient een helder overzicht (sociale kaart) te komen van het huidige aanbod (preventieactiviteiten, regelingen en voorzieningen), wie doet wat met welk bereik en effect. Hoe verloopt de samenwerking tussen instellingen en professionals en waar liggen mogelijkheden voor verbetering. Het doel is te komen tot een duurzaam samenhangend aanbod. In 2011 levert de gemeente een overzicht.

- Activiteiten dienen daar waar mogelijk beter geëvalueerd en gevolgd te worden om meer zicht te krijgen op de effecten en in welke mate die bijdragen aan het doelstellingen van het beleid. De gemeente overlegt met de instellingen met wie zij een subsidierelatie heeft of dit in de vorm van prestatieafspraken kan.

4.3 Vraag en aanbod in balans

Voor een goede aansluiting van vraag en aanbod is het nodig meer zicht te krijgen op wat ouderen willen, aan welke vormen van ondersteuning zij behoefte hebben en op welke wijze die ondersteuning geboden moet worden. Er zijn verschillende rapporten en onderzoeken beschikbaar die informatie bieden over gezondheid en ziekten van ouderen, van welke voorzieningen zij gebruik maken en wat zij daarvan vinden (o.a. GGD gezondheidsrapport, Leefbaarheidsmonitor, Tevredenheidsonderzoek Wmo).

In het verlengde daarvan is het nodig zicht te krijgen op de toekomstige zorgvraag en zorgaanbod. Op dit moment heeft Zandvoort voldoende capaciteit op het gebied van de eerstelijnszorg. Vanwege de vergrijzing neemt de vraag naar onder andere huisartsenzorg en farmaceutische zorg toe. De verwachting is dat er een tekort gaat ontstaan aan huisartsen vanwege veroudering van de beroepsgroep (toename van de uitstroom in 2005-2020[7]) en omdat steeds meer huisartsen parttime willen werken.
Het is zinvol om de zorgvraag en aanbodprognoses voor Zandvoort in kaart te brengen en op grond daarvan de praktijk en beleidafstemming voor de belangrijkste betrokken partijen te versterken.

- In eerste instantie moet worden nagegaan of beschikbare actuele onderzoeken en rapportages over ouderen of waarin ouderen voorkomen voldoende informatie bieden over hun behoeften of dat aanvullend onderzoek onder ouderen nodig is. In de eerste helft van 2011 levert de gemeente hierover een rapportage.

- Het in kaart brengen van zorgvraag en aanbodprognoses kan door het Bureau Zorgondersteuning Noord-Holland (vooralsnog zonder kosten) worden uitgevoerd. De gemeente is met dit bureau in gesprek.

4.4 Samenwerking op lokaal en regionaal niveau

Een goede samenwerking tussen organisaties onderling en tussen organisaties en gemeente is essentieel. Het vroegtijdig signaleren van problemen is nodig om ouderen snel te kunnen helpen of door te geleiden naar passende ondersteuning. Hiermee kan erger worden voorkomen.

---

[7] Nationaal Kompas Volksgezondheid RIVM

De expertise van professionals, de aanwezige voorzieningen en activiteiten dienen zo optimaal mogelijk te worden benut. Professionals kunnen meer dan nu het geval is een actieve rol spelen in de signalering en toeleiding. Gedeelde verantwoordelijkheid voor het slagen van interventies en daarmee het slagen van beleid staat hierbij voorop.

- Verbinding met eerstelijnszorg
Het Rijk geeft aan dat gemeenten in 2011 een meer aantoonbare rol moet spelen in het eerstelijns gezondheidszorgbeleid onder andere door verbetering van de afstemming tussen de gemeente en eerstelijnszorg op lokaal niveau.
De gemeente heeft zich in 2009 aangesloten bij het eerstelijnsoverleg Zandvoort (ELSO) dat al jaren actief is. In dit gremium wordt het gemeentelijk gezondheidsbeleid besproken, gezondheidsproblemen van doelgroepen, samenwerkingsmogelijkheden en relevante ontwikkelingen. Alle deelnemende partijen zijn het er over eens dat het overleg anders georganiseerd dient te worden om de kennis en kunde van de deelnemers beter en efficiënter te benutten en preventie en zorg meer met elkaar te verbinden.

- Verbinding eerstelijnszorg met wonen, welzijn en zorg
Om te komen tot goede samenwerkings- en uitvoeringsafspraken op het terrein van wonen, welzijn en zorg richtte de gemeente in 2006 de stuurgroep Wonen, Welzijn, Zorg op[8]. Alle partners hebben naast de verantwoordelijkheid voor hun primaire domein een maatschappelijke verantwoordelijkheid en brengen hun expertise in voor het ontwikkelen van een samenhangend lokaal beleid op wonen, welzijn en zorg en het uitvoeren daarvan. Gezien alle bovengenoemde ontwikkelingen lijkt het logisch de stuurgroep te versterken met de eerstelijnszorg.

- Verbinding eerstelijnszorg met de tweedelijnszorg
Hoewel deze notitie over de preventief gerichte ouderenzorg gaat, is een goede verbinding tussen de eerstelijnszorg en de tweedelijnszorg nodig. Met name de huisarts is voor ouderen de poortwachter naar de tweedelijnszorg (specialistische zorg waarvoor een verwijzing/indicatie nodig is). Ook hier geldt dat de zorg rondom ouderen zo integraal mogelijk georganiseerd wordt en hulpverleners goed met elkaar samenwerken.

- Het professionaliseringstraject van het ELSO is inmiddels in gang gezet. Bureau Zorgondersteuning Noord-Holland begeleidt dit traject. In 2011 is de nieuwe overlegstructuur gereed.

- Een eerste verkenning over het versterken van de stuurgroep Wonen, Welzijn, Zorg met de eerstelijnszorg heeft inmiddels intern plaatsgevonden. Gesprekken met de samenwerkingspartners dienen nog te worden gevoerd. Naar verwachting is er eind 2010 een besluit, effectuering vindt plaats in 2011.

5. Conclusie

Deze notitie geeft aan welke eerste stappen de gemeente gaat zetten voor het verkrijgen van de nodige kennis en informatie. Op het moment dat die informatie beschikbaar is, gaat de gemeente met haar samenwerkingspartners om tafel om de lijn voor de preventieve ouderengezondheidszorg verder uit te werken.

[8] De stuurgroep wonen, welzijn en zorg bestaat uit de gemeente, woningstichting De Key, Nieuw Unicum, Stichting Pluspunt, het RIBW en Zorgcontact.